

## Suplemento de Recursos para la Solicitud del Seguro Médico de AHCCCS

Necesitamos información adicional para que DES pueda determinar si usted es elegible para el Seguro Médico de AHCCCS.

1. ¿Alguien listado en esta solicitud es propietario, arrendador o mantiene un hogar fuera de Arizona?  Sí  No

Si es así, ¿quién?: \_\_\_\_\_ Dónde: \_\_\_\_\_

2. ¿Alguien listado en esta solicitud es propietario o nombrado en algo de lo siguiente:

a. Cuentas de banco, cheques, ahorros, uniones de crédito, de jubilación, IRA, Keogh, 401K?  Sí  No

Si es así, ¿quién?: \_\_\_\_\_ Cantidad total \$ \_\_\_\_\_

b. Acciones, bonos, cuentas en el mercado, CDs, fideicomisos, fondos mutuos?  Sí  No

Si es así, ¿quién?: \_\_\_\_\_ Valor \$ \_\_\_\_\_

c. Bienes raíces (terreno o edificios) en algún lugar?  Sí  No

Si es así, ¿quién?: \_\_\_\_\_ Valor \$ \_\_\_\_\_

d. Vehículos (coches, camiones, botes, RVs, motocicletas, etc.)?  Sí  No

Indique marca, modelo, y año de todos los vehículos: \_\_\_\_\_

Si es así, ¿quién es el dueño: \_\_\_\_\_ ¿Cuántos posee? \_\_\_\_\_

**Declaración de veracidad:** Juro bajo penalidad de perjurio que las declaraciones anteriores hechas en este suplemento de Recursos para la Solicitud del Seguro Médico AHCCCS y cualesquiera otras declaraciones que he hecho (o que haré) durante el proceso de solicitud son ciertas y correctas según mi mejor saber y entender. Las fotocopias que he proporcionado (o que proporcionaré) son iguales a los documentos originales. He leído y comprendo toda la información en la Solicitud para Seguro Médico de AHCCCS, incluso las partes relacionadas con la Colaboración, la Divulgación de Información, las Primas y la Asignación de los Derechos para Otros Beneficios de Cuidado Médico; incluso la advertencia de una posible prosecución criminal y penalidades por proporcionar información incorrecta.

Firma del solicitante, adulto responsable o representante autorizado	Con letra de imprenta, su nombre (Apellido, primer nombre, inicial)	Fecha	Relación
Firma del otro solicitante adulto y soltero(a)	Con letra de imprenta, su nombre (Apellido, primer nombre, inicial)	Fecha	Relación
Firma del otro solicitante adulto y soltero(a)	Con letra de imprenta, su nombre (Apellido, primer nombre, inicial)	Fecha	Relación
Firma del testigo, si la firma es una marca	Con letra de imprenta, su nombre (Apellido, primer nombre, inicial)	Fecha	Relación

Empleador/Programa con Igualdad de Oportunidades ♦ Bajo la Ley de Estadounidenses con Incapacidades (ADA), el Departamento tiene que hacer arreglos razonables para permitir a una persona con alguna incapacidad participar en un programa, servicio o actividad. Esto significa, por ejemplo, que si es necesario el Departamento habrá de proporcionar intérpretes de lenguaje en señas para personas sordas, un establecimiento accesible para sillas de ruedas, o materiales con letras grandes. También significa que el Departamento tomará cualquier otra medida razonable que le permita a usted entender y participar en un programa o una actividad, incluso efectuar cambios razonables en la actividad. Si usted cree que su incapacidad le impedirá entender o participar en un programa o actividad, por favor infórmenos lo antes posible qué necesita para acomodar su incapacidad. Para obtener este documento en otro formato, comuníquese con el gerente de su oficina local.